

Agencia/Instalación	Programa	Fecha para Completarse
¿Es usted un cliente de una Casa de Salud Conductual (BHH)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Para cada casilla, ponga una X en el círculo que se aplica a usted.		
Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Transgénero <input type="radio"/> Otra	Edad <input type="radio"/> 20 y menor <input type="radio"/> entre 21-24 <input type="radio"/> entre 25-34 <input type="radio"/> entre 35-54 <input type="radio"/> entre 55-64 <input type="radio"/> 65 y mayor	Razón primaria por recibir servicios es <input type="radio"/> Emoción / salud mental <input type="radio"/> Alcohol / Drogas <input type="radio"/> Ambas-Emoción / salud mental, alcohol o drogas
¿Cuál es su raza? <input type="radio"/> Los indios americanos/nativos de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro / afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawái / Otras Islas del Pacífico <input type="radio"/> Blanco / Caucásico <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otra raza:	¿Es usted? <input type="radio"/> Otro grupo latino <input type="radio"/> No latino <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Mexicano <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Desconocido	Duración de Servicios <input type="radio"/> Menos de un Año <input type="radio"/> 12 meses a 2 Años <input type="radio"/> 2 Años a 5 Años <input type="radio"/> Más de 5 Años

Para cada punto, marque con un CÍRCULO la respuesta que corresponde a la opinión de usted.		Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
1.	Estoy satisfecho(a) a con los servicios que recibo en esta agencia.	MA	A	N	D	MD	NA
2.	Me quedaría recibiendo los servicios que esta agencia ofrece, aunque tenga otras opciones.	MA	A	N	D	MD	NA
3.	Recomendaría esta agencia a un amigo e un miembro de mi familia.	MA	A	N	D	MD	NA
4.	La ubicación de los servicios es conveniente. (estacionamiento, transportación pública, distancia, etc.)	MA	A	N	D	MD	NA
5.	El personal estaba dispuesto a verme todas las veces que fuese necesario.	MA	A	N	D	MD	NA
6.	El personal devolvió mis llamadas en un plazo de 24 horas.	MA	A	N	D	MD	NA
7.	Los servicios que recibí estaban disponibles en horas conveniente para mí.	MA	A	N	D	MD	NA
8.	El personal de esta agencia creen que puedo crecer, cambiar, y recuperarme.	MA	A	N	D	MD	NA
9.	Me siento cómodo(a) haciendo preguntas sobre los medicamentos que tomo, servicios que recibo, e tratamiento.	MA	A	N	D	MD	NA
10.	Me sentí libre de reclamar.	MA	A	N	D	MD	NA
11.	Recibí información sobre mis derechos.	MA	A	N	D	MD	NA
12.	El personal me habló de los efectos secundarios que el medicamento tal vez me ocasionaría.	MA	A	N	D	MD	NA
13.	El personal respetó mis deseos sobre a quién le sería mostrada información acerca de mi tratamiento, e servicios.	MA	A	N	D	MD	NA

Para cada punto, marque con un círculo la respuesta que corresponde a la opinión de usted.		Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
14.	El personal fue comprensivo con mi cultura y con mi grupo étnico. (raza, religión, lenguaje)	MA	A	N	D	MD	NA
15.	El personal me ayudó a obtener la información que necesitaba para así poder lidiar con mi enfermedad.	MA	A	N	D	MD	NA
16.	Se respetan mis deseos sobre cuanto involucramiento me gustaría que mi familia tuviese durante mi tratamiento.	MA	A	N	D	MD	NA
Como resultado de los servicios que he recibido de esta agencia:							
17.	Trato con mis problemas diarios de una manera más efectiva.	MA	A	N	D	MD	NA
18.	Puedo controlar mi vida mejor.	MA	A	N	D	MD	NA
19.	Puedo tratar con mis crisis mejor.	MA	A	N	D	MD	NA
20.	Me llevo mejor con mi familia.	MA	A	N	D	MD	NA
21.	Me va mejor en situaciones sociales.	MA	A	N	D	MD	NA
22.	Me va mejor en la escuela y/o en el trabajo.	MA	A	N	D	MD	NA
23.	Mis síntomas no me están molestando tanto.	MA	A	N	D	MD	NA
En general . . .							
24.	Participó activamente en mi comunidad (por ejemplo, iglesia, servicios voluntarios, deportes, grupos de apoyo, e trabajo).	MA	A	N	D	MD	NA
25.	Yo puedo dedicarme a mis intereses.	MA	A	N	D	MD	NA
26.	Yo puede tener la vida que deseo, a pesar de mi enfermedad/trastorno.	MA	A	N	D	MD	NA
27.	Yo siento que llevo el control de mi tratamiento.	MA	A	N	D	MD	NA
28.	Yo trato en beneficiar a mi familia y/o la comunidad.	MA	A	N	D	MD	NA

Preguntas de NCQA							
		Muy satisfecho	Satisfecho	Neutral	Insatisfecho	Muy insatisfecho	No aplica
29.	¿Qué tan satisfecho/a está con el acceso a la atención, el tratamiento o los servicios y la comunicación (¿puede obtener una cita cuando lo necesita y el programa responde cuando llama)?	MS	S	N	I	MI	NA
30.	¿Qué tan satisfecho/a está con la amplitud de la atención, el tratamiento o los servicios (puede satisfacer la mayoría de sus necesidades en el programa)?	MS	S	N	I	MI	NA
31.	¿Qué tan satisfecho/a está con la coordinación de la atención, el tratamiento o los servicios (sus proveedores hablan entre sí acerca de su atención cuando tienen su permiso)?	MS	S	N	I	MI	NA
32.	¿Qué tan satisfecho/a está con la continuidad de la atención, el tratamiento o los servicios (las transiciones entre los programas, si fueron necesarias, se han llevado a cabo sin problemas)?	MS	S	N	I	MI	NA

¿Qué tan bien se siente?

Marque con una cruz como esta la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

33. Movilidad

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| No tengo problemas para caminar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo algunos problemas para caminar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo que estar en la cama | <input type="checkbox"/> |

34. Cuidado Personal

- | | |
|---|--------------------------|
| No tengo problemas con el cuidado personal | <input type="checkbox"/> |
| Tengo algunos problemas con lavarme o vestirme solo/a | <input type="checkbox"/> |
| Soy incapaz de lavarme o vestirme solo/a | <input type="checkbox"/> |

35. Actividades de Todos los Días (ej., trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

- | | |
|---|--------------------------|
| No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días | <input type="checkbox"/> |
| Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días | <input type="checkbox"/> |
| Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días | <input type="checkbox"/> |

36. Dolor/Malestar

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| No tengo dolor ni malestar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo moderado dolor o malestar | <input type="checkbox"/> |
| Tengo mucho dolor o malestar | <input type="checkbox"/> |

37. Ansiedad/Depresión

- | | |
|---|--------------------------|
| No estoy ansioso/a ni deprimido/a | <input type="checkbox"/> |
| Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a | <input type="checkbox"/> |
| Estoy muy ansioso/a o deprimido/a | <input type="checkbox"/> |

¿Hay algo más que quieras decir sobre los servicios aquí?

Por favor, continúe en la página siguiente →

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice "su estado de salud hoy," hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Ahora, por favor escriba el número que usted marcó en la escala en la caja ubicada abajo.

SU SALUD HOY =

**Su
estado
de salud
hoy**

